

記載例

第1号様式一（1）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書
（病院又は診療所用）

厚生局に申請中の場合は「申請中」と記載し、コードが発行されたら速やかに連絡すること。

保険医療機関	名 称	〇〇病院 保険医療機関コード（〇〇〇〇〇〇〇（申請中））		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 藤沢市〇〇町〇-〇 Tel 〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇		
開設者（*）	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市中区日本大通〇		
	氏名（個人開設の場合）又は法人名と代表者（法人開設の場合）	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇		
	生年月日（個人開設の場合）		職名（個人開設の場合）	
標榜している診療科目		腎臓内科		
担当しようとする医療の種類		腎臓に関する医療		
主として担当する医師又は歯科医師の経歴		（別紙1）	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	（別紙2）
自立支援医療を行うための入院設備の定員		〇〇人		
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定されたいので申請します。</p> <p>また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定いずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>〇年 〇月 〇日</p> <p>提出日を記載すること。</p> <p>開設者（*）と同じ内容とする。</p> <p>開設者（*）と同じ住所等を記載）</p> <p>住 所 横浜市中区日本大通〇</p> <p>氏名又は 医療法人〇〇会 法人名と代表者 理事長 〇〇 〇〇</p> <p>神奈川県知事 殿</p>				

開設前等で連絡がつかない場合、欄外に担当者連絡先を付記すること。

「担当しようとする医療の種類」を含む診療科目を記載すること。

※ 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

●担当者連絡先 担当者〇〇 TEL：070-XXXX-XXXX

次の書類を添付し、御提出ください。

【全 て に 必 要 な 提 出 書 類】別紙1、別紙2、別紙3、医師免許証の写し(A4に縮小してください)

【医療の種類によって提出書類】別紙4～別紙13（HPの留意事項をご確認ください）

（第1号様式―（1）の別紙1）

経 歴 書

学 位	修士(医学)	ふ り が な 氏 名	かながわ いちろう 神奈川 一郎	生年月日	〇年〇月〇日
現 住 所	〒〇〇〇―〇〇〇〇 横浜市中区日本大通〇				
関係学会 加入状況	〇〇透析学会、〇〇腎臓学会				
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会 に提出した論文名			
〇年〇月	〇〇大学医学部医学科卒業				
〇年〇月	医師免許所得 医籍登録第〇〇〇〇〇号				
〇年〇月	〇〇大学付属病院 研修医	専門科目名と身分（医長、医員等） を記載すること。			
〇年〇月	〇〇病院 腎臓内科 医員				
〇年〇月	〇〇大学大学院 ■■科	指導者 〇〇大学医学部■■科 教授〇〇 〇〇 学位論文名 「〇〇〇〇について（〇〇学会）」			
〇年〇月	▽▽病院 腎臓内科 医員 （臨床研修病院）	指導医 〇〇 〇〇 〇〇学会発表 「〇〇〇〇に関して」			
〇年〇月	〇〇透析学会 専門医取得	専門医を取得した場合は記載すること。			
〇年〇月	〇〇病院 腎臓内科 非常 勤 週〇日〇時間	非常勤・兼務職員の経歴は、勤務条件等を 記載すること。			
〇年〇月	医療法人〇〇会 〇〇病院 腎臓内科 医長（常勤） （現在に至る）	常勤であることがわかるよう記載すること。			

※常勤であること、医療の種類の専門科目における研究、診療従事年数が5年以上あることが要件となっていますので、それらがわかるように記載してください。

記載例

(第1号様式—(1)の別紙2)

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品 目	数 量	品 目	数 量
設 備 (主要なもの)	透析装置 透析室 透析用ベッド	○台 ○室 ○床		
体 制	医師○名、看護師○名(常勤)、管理栄養士1名(常勤)、相談員○名、事務○名			

「指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)審査基準」を参照し、自立支援医療を行うにあたり、特に必要とされる体制及び設備を記載すること。
(例) 腎臓に関する医療の特に必要とされる体制及び設備
血液浄化療法に関する機器及びスペース ⇒透析用監視装置、透析室等

(第1号様式—(1)の別紙3)

研究内容に関する証明書

医療機関名 医療法人○○会 ○○病院
氏 名 神奈川 一郎

1 研究テーマ ○○○○○○

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 令和○年○月○日
至 令和○年○月○日 } ○○月間(1週 ○日○○時間)

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 令和○年○月○日
至 令和○年○月○日 } ○○月間(1週 ○日○○時間)

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文 ○○○○○○

副論文 ○○○○○○

筆頭者としての執筆論文・学会発表等を一遍以上記載すること。

上記のとおり相違ないことを証明する。

○年 ○月 ○日

原則、指導教授による証明とするが、臨床研修病院等の指導医による証明でもよい。

医療機関名 大学名 △△病院
氏 名 横浜 二郎

原則として、大学専門教室(大学院)における研究の内容について、指導教授等による証明とすること。

ただし、臨床研修病院等における専門的な研究実績を有する場合は、当該病院の指導医による証明でもよいこととする。